Lane Medical Library

Aus dem Anschar-Krankenhaus zu Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Goebell.

Ueber Oberlippenfurunkel.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Zahnheilkunde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel.

Vorgelegt von

Gottfried Neumann
appr. Zahnarzt
aus Schmalleningken.

Kiel 1933.

Druck von Max Tandler, Kiel.

Aus dem Anschar-Krankenhaus zu Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Goebell.

Ueber Oberlippenfurunkel.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Zahnheilkunde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel.

Vorgelegt von

Gottfried Neumann
appr. Zahnarzt
aus Schmalleningken.

Kiel 1933.

Druck von Max Tandler, Kiel.

Nr. 35.
Rektoratsjahr 1932/33.
Referent: Prof. Dr. Goebell.
Korreferent:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anschütz.
Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Külz,
Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0071

Mit zu den gefährlichsten Infektionskrankheiten der Haut, besonders dann, wenn er sich im Bereiche des Gesichts befindet, gehört der Furunkel. Unter den Furunkeln im Gesicht nimmt der im Gebiet der Oberlippe noch eine ganz besondere Stellung ein. Jeder, auch der kleinste Furunkel, ist in seinen Folgen unberechenbar. Er gefährdet das Leben entweder durch Uebergreifen der Infektion auf die Venen, also durch Thrombophlebitis purulenta, oder durch Bildung von metastatischen Abszessen, die sich bald in der Nähe, bald weit entfernt von dem primären Herd des Furunkels entwickeln. Die Verbreitung der Erreger durch die Blutbahn wird entweder durch ihr Hineinwuchern in die Kapillaren und kleineren Gefäße oder durch infizierte Thromben vermittelt, welche teils im Entzündungsherde selbst entstanden und durch grobe Behandlung losgerissen sind, teils einer an Thrombophlebitis erkrankten größeren Vene der Nachbarschaft entstammen. Daß infolgedessen jeder Furunkel durch pyogene Allgemeininfektion (mit Osteomyelitis, Gelenk- und Organmetastasen u. a.) gefährlich werden kann, ist bei seiner Behandlung stets im Auge zu behalten. Gerade im Gesicht ist der mechanische Anlaß so außerordentlich häufig bei der Entstehung und Verbreitung der Furunkel beteiligt. Wohl an keiner Stelle des Körpers unterliegt die Haut so ausgesprochen der direkten Einwirkung der unter ihr liegenden Muskelgebiete wie im Gesicht, und hier gerade im Gebiet der Lippen und Fossa canina. Ueberall am Körper schiebt sich zwischen Haut und Muskellage nicht nur ein mehr oder minder breites subkutanes Fettpolster, sondern auch eine lockere Schicht von Gleitgewebe, sodaß das Muskelspiel abläuft, ohne daß die darüber liegende Haut in direkte Mitleidenschaft gezogen wird. Man kann auch fast überall die Haut mit ihrem Fettpolster leicht mit stumpfen Instrumenten von der Muskellage ablösen, es überdeckt sogar dann noch die Muskeln eine derbe oberflächliche Fascie. Ganz anders im Gesicht, hier wird man nicht ohne ein scharfes Präpariermesser Haut und Muskeln trennen können, wiederum vornehmlich in der Mund- und Nasolabialgegend.

Der Furunkel ist eine umschriebene Phlegmone der Haut, welche sich in der Regel in der Umgebung einer Talgdrüse durch Eindringen von Infektionserregern in einen Haarbalg (Unna) oder, was manche für besonders wichtig halten, von der Umgebung der Schweißdrüsen aus entwickelt. An den

Handtellern und Fußsohlen kommen keine Furunkeln vor, da es dort keine Haarbalgdrüsen gibt. Der Furunkel beginnt mit einer derben, stark geröteten Anschwellung der Haut, die bereits einen unangenehmen, quälenden, pochenden Schmerz verursacht. An der Höhe der Anschwellung entsteht mit zunehmender „Reifung" des Furunkels ein Bläschen mit serös-eitrigem Inhalt. Schließlich bricht aus dem sich hier zuspitzenden Furunkelkegel der Eiter durch. Je nach der Dichte und Härte des die Furunkelspitze bedeckenden Epidermishäutchens dauert dieser Prozeß mehr oder weniger lange. Bricht der Eiter durch, so kommt es zur Sequestrierung eines nekrotischen Propfens; es entsteht jetzt der Furunkelkrater, dessen Wandung aus hochentzündlichem Granulationsgewebe besteht, das in wenigen Tagen den lochförmigen zentralen Substanzverlust wieder ausfüllt. Der Kern der Entzündung ist das abgestorbene Gewebe, daran schließt sich die Reaktionszone, die den Kampf mit den Bakterien aufnimmt; sie enthält polymorphkernige Leukozyten, besonders Mikrophagen. Als dritte Schicht haben wir das kollaterale Oedem, bestehend aus entzündlich fibrinösem Exudat.

Experimentell erzeugte Garrè an sich selbst Furunkel durch Verreibung von Staphylococcus aureus in die unverletzte Haut des Vorderarmes. Offenbar dringen also die Coccen längs der Haare in die Ausführungsgänge der Hautdrüsen der unverletzten Haut ein. Gerade dieser Infektionsweg ist deshalb so charakteristisch, weil der Staphylococcus sauerstoffarmes Gewebe bevorzugt und nach Unnas Untersuchungen gerade der Haarschaft und die Haarspalte stark reduzieren. Ein reduzierendes Staphylococcentoxin führt zu Leukozytose an Ort und Stelle. Die Leukozyten wieder liefern nach ihrem Absterben ein Leukozidin und bilden hierdurch einen asphyktischen Wall um den Entzündungsherd.

Von einem Furunkel können ganz gesunde Individuen befallen werden, wie man das nach den Garrèschen Versuchen wohl schließen muß. Nach Wertstein soll die Jahreszeit ebenfalls einen Einfluß ausüben, und feuchtes Wetter das Entstehen von Furunkeln mehr begünstigen, als trockenes. Auch scheint die Schweißretention der Furunkelbildung Vorschub zu leisten. Es ist nach den Versuchen von Schade nicht unwahrscheinlich, daß die auf der Haut schmarotzenden Keime normalerweise nicht in dieselbe eindringen können, da sie durch die auf der Haut sich entwickelnde starke Säurebildung avirulent gehalten werden. Wahrscheinlich wird aber trotzdem die Empfänglichkeit der einzelnen Individuen gegenüber der Infektion mit Staphylococcen sehr verschieden sein.

Wodurch wird der Gesichtsfurunkel nun so gefährlich? Selbst bei bestem Allgemeinzustand der Patienten leisten bestimmte anatomische Verhältnisse (die überaus große Anzahl von Venen mit ihren vielen Anastomosen, die unmittel-

bare Nähe von wichtigen Organen u. a. m.) im Bereiche der Gesichtshaut Vorschub zu Komplikationen. Wie schon eingangs erwähnt wurde, greift die Infektion häufig auf diese Venen über, und wir kennen als gefährlichste Folgeerscheinungen hiervon: Sinusthrombosen, Gehirnabszesse und Meningitis, Lungenabszesse und Osteomyelitis, Gelenkaffektionen und Eiterungen in der Muskulatur u. a. Handelt es sich um einen Nasen-, Ohren-, Oberlippenfurunkel, so kann hier der Infektionsweg über die oberen Gesichtsvenen mit Uebergreifen auf den Sinus cavernosus verlaufen. Nicht einmal die Ausbildung einer Thrombophlebitis ist hierzu unbedingt notwendig, wenn auch meist vorhanden. Es kommen drei Wege in Frage:

1. Der direkte und auch häufigste über die Vena angularis nasi und Vena ophthalmica superior zum **Sinus cavernosus.**
2. Ueber die Vena frontalis und den Sinus longitudinalis superior zum **Sinus cavernosus.**
3. Ueber die Vena facialis anterior, Vena jugularis und Sinus petrosus inferior zum **Sinus cavernosus.**

Bei Unterlippenfurunkeln hat man häufig Bildung von Lungenabszessen beobachtet, nur verläuft der Infektionsweg über die unteren Gesichtsvenen. Der Oberlippenfurunkel scheint nach Roedelius und Morian die größte Mortalität zu haben. Roedelius hatte unter 1784 Fällen von Furunkeln, ausgenommen Gesichtsfurunkeln, 30 Todesfälle, was einer Mortalität von 1,67 % entspricht. Dagegen hatten die Oberlippenfurunkel eine Mortalität von 11 %, die der Unterlippe von 9,1 %.

Nach irgendwelchen äußeren Merkmalen die Malignität des Furunkels zu definieren, ist wohl kaum möglich. Aeußerlich wird man die Malignität sehr selten ansehen können. Als klinische Anhaltspunkte gelten Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, hoher Puls, und auch viel Gewicht ist auf die örtliche Schwellung und Chemosis zu legen.

Wir haben nun gesehen, daß wir die Furunkel nach vielen Gesichtspunkten hin voneinander unterscheiden müssen, nach Größe, Lage, ob Anzeichen von Malignität vorhanden sind usw. Es kann also gesagt werden, daß es viele Modifikationen von Furunkeln gibt, denen entsprechend aber auch viele Therapien angegeben sind, was allerdings auch ein Zeichen dafür ist, daß immer noch keine voll befriedigende Heilmethode gefunden ist. Doch bevor hier nun die Therapie des Furunkels besprochen werden soll, seien prophylaktische Maßnahmen nicht unerwähnt. Nach Löhr ist die „Prophylaxe" für Arzt und Patient eine sehr wichtige Aufgabe. Sie tritt in Anwendung bei Staphylodermien mit Neigung zur Ausbildung einer Furunkulose, bei Ekzemen, Akne usw. Bei vorhandener Furunkulose gilt es, die einzelnen Furunkel-

eruptionen möglichst nieder zu halten und schließlich zu beseitigen. Ueberblickt man nämlich ein über eine größere Reihe von Jahren reichendes Ambulanzmaterial, so stellen das Hauptkontingent Patienten dar, die nicht ein einzelner Furunkel, sondern eine Furunkulose mit dauernd neuen Attacken zum Arzt führt". Weiter empfiehlt Löhr, das Grundübel zu beseitigen, also zunächst eine gründliche Allgemeinuntersuchung. Bei vorhandenen Ekzemen, Akne usw. prophylaktische Hautpflege. Bei Diabetes ist vorerst dieser zu behandeln. Auch beim Nichtdiabetiker wird diabetische Kostform empfohlen; auch sonst sind diätische Verordnungen äußerst wichtig, ferner Kräftigung des Gesamtorganismus, Licht- und Luftbäder, Höhensonne. Bäderbehandlungen in schwefelhaltigen Thermen sind schon von alters her bekannt. Doch nun zur eigentlichen Therapie des Furunkels.

Bei Fällen, die mit ganz schneller und umfangreicher Schwellung, mit hohem Fieber und hoher Pulzahl einhergehen, wird man immer gleich und ausgiebig inzidieren und eventuell auch exzidieren, um dann mit antiphlogistinischen Mitteln weiter zu behandeln, was auch bei den später angeführten Fällen 1, 2, 3, 5, 6, 7 geschehen ist. Das wichtigste ist aber bei allen Furunkeln: Ruhigstellung der erkrankten Gebiete, Bettruhe, flüssige Kost, Schleuderverbände, eine Therapie, die sich nach den klinischen Erfahrungen neuerer Zeit als die beste Behandlungsmethode durchzusetzen scheint, zusammen mit feuchten Umschlägen. Diese Therapie ist auch bei den restlichen vorliegenden Fällen mit Erfolg angewandt worden. Die Hyperaemiebehandlung von Bier, die auf dem Kongreß im Jahre 1906 bei fast allen Chirurgen großen Beifall fand, zeitigt teilweise recht gute Resultate, wie Nachuntersuchungen ergeben haben. Die Wirkung der Stauung besteht

1. in einer Steigerung der Entzündung, welche als ein Abwehrmittel gegen Infektionen anerkannt wird,
2. kommt es zu einer langsamen Blutdurchfließung des Gewebes, wodurch die ausgiebige Nekrose vermieden wird,
3. und das wird von Bier mit Nachdruck betont, verschafft sie sofort Linderung der Schmerzen. Wenn bei der Stauung trotzdem Schmerzen auftreten sollten, so liegt dies lediglich an einem Fehler der Technik. Die Biersche Stauung wird folgendermaßen ausgeführt: Man nimmt eine 3 cm breite Gummibinde, die noch etwas knapper ist als die Halsbinde, in ihrer Länge. Beide Enden werden durch Haken miteinander verbunden. Die Binde muß möglichst tief am Halse angelegt werden. Stauungszeit 22—24 Stunden.

Eine besondere Methode von Furunkelbehandlung hat Läwen angegeben, die operativ und konservativ zugleich ist: Nämlich die abriegelnde Eigenblutinfiltration mit nachfolgen-

der Inzision. Die Technik ist kurz folgende: Nach Freilegung der Vena cubitalis wird von einer Inzision der Venenwand aus, in das periphere Venenstück, eine leicht-kolbig endende Kanüle eingebunden, sodaß große Blutmengen entnommen werden können. Die noch gesunde Umgebung des Oberlippenfurunkels wird lückenlos von einem großen Wall von Eigenblut umspritzt. Auf keinen Fall darf man mit der Spritze in das infiltrierte Gewebe kommen, weil dadurch die Keime verschleppt werden. Dann folgt eine ausgiebige Inzision des Furunkels. Infolge der für die Injektion günstigen anatomischen Verhältnisse gelingt es, den Furunkel subkutan mit einem Blutwall zu umgeben und das infektiöse Gebiet sozusagen vom Gesunden abzuriegeln. Die dazu benötigten Blutmengen wurden mit zunehmender Erfahrung gesteigert und betragen jetzt 100—150 ccm. Sicherlich wirkt das eingespritzte Blut auch bakterizid und zwar nach Dold auf folgende Weise: Der bei der Injektion durch Gewebszerreißung freiwerdende und sich vermehrt bildende Gewebssaft bringt das Blut leicht zum Gerinnen. Die bei diesem Vorgang zugrunde gehenden Blutplättchen, Leukozyten und das sich bildende Serum enthalten bakterienfeindliche Stoffe. Ferner locken das sich entwickelnde Fibrin und der Gewebssaft als solcher Leukozyten an. Läwen kann über viele ausgezeichnete Erfolge dieser Methode berichten.

Guerin behandelte im Jahre 1876 folgendermaßen: Um der Bildung des septischen Giftes entgegenzuwirken, und die Aufnahme dieses Giftes in die Zirkulation zu verhindern, legte er ein großes Blasenpflaster auf, welches in der Mitte mit einem Loch versehen war, um desinfizierende Substanzen (Karbolsäure, Kalium hypermanganicum) auf das Zentrum des Furunkels einwirken zu lassen. Die Nachbehandlung bestand in Anwendung von Kataplasmen aus Leinsamenmehl und Karbolsäure.

Winiwarter empfahl 1892 bei Gesichtsfurunkel die Spaltung des ganzen Infiltrates durch einen energischen Schnitt, der den Furunkel „wie einen Apfel" in zwei Teile teilte. Die Wunde wird dann mit Jodoform bestreut und ein Gazeläppchen zwischen die Ränder gelegt.

Im Laufe der Jahre wurden immer wieder und wieder neue Methoden angegeben. Zusammengestellt aus den Behandlungsmethoden mehrerer Krankenhäuser, damit ein Übersichtsbild über die verschiedenartigen Behandlungen gewonnen wird, sei folgende Tabelle beigelegt:

I. **Bei konservativer Behandlung.** 1. Lokopansalbenverbände, 2. Vaselinverbände, 3. Zinkpastenverbände, 4. feuchte Verbände, 5. Verbände mit essigs. Tonerde, 6. Stauung nach Bier, 7. Blutumspritzung nach Läwen, 8. Caseosan, 9. Aolan, 10. Terpichin, 11. Bepinselung mit Jodtinktur, 12. Röntgenreizbehandlung, 13. Sprech- und Kauverbote (Ruhigstellung), 14. Eiweißinjektionen.

II. **Bei operativer Behandlung.** 1. Einfacher Schnitt, 2. Kreuzschnitt, 3. Extirpation, 4. resezieren v. thrombophlebitischen Venen, 5. Jugularisunterbindung, 6. Thermokauter, 7. Freilegung des Sinus cavernosus, 8. Auskratzung mit scharfem Löffel.

Doch ist dies nur ein Auszug von den unendlich vielen therapeutischen Richtlinien in der Furunkelbehandlung.

Nachfolgend seien nun die vorher erwähnten Fälle von Oberlippenfurunkeln des Anschar-Krankenhauses in Kiel aus den letzten Jahren wiedergegeben.

Fall 1. W. M., 20 Jahre alt. Aufgenommen am 22. 12. Patient ist niemals ernstlich krank gewesen. Am 19. 12. bemerkte er eine kleine Eiterpieke am linken Nasenloch. Sehr schnell kam Schwellung und Schmerzhaftigkeit hinzu, sodaß Patient einen Arzt aufsuchte; dieser überwies ihn am 22. 12. dem Anschar-Krankenhaus. Aufnahmebefund ergibt am unteren Rand des linken Nasenloches eine kleine, pfenniggroße, gangränöse Hautpartie, nach deren Entfernung dicker, grüner Eiter hervorquillt. Es wird sodann die Lippe in ihrer Längsrichtung von den beiden äußeren Mundwinkeln aus bis zur Nase hin gespalten. In der Mitte und links seitlich befinden sich einzelne, kleine, stecknadelkopfgroße Eiterherde. Es wird alsdann exakte Blutstillung ausgeführt; Tamponade mit Blaugaze, Nasenschleuderverband. Am 23. 12. nimmt die Schwellung besonders am linken Mundwinkel zu, trotz feuchter Verbände. Das linke Auge schwillt ganz zu. Patient wünscht ganz flach zu liegen, da er so meint, am besten Luft holen zu können. Die Temperatur ist abends auf 40° erhöht. Am 25. 12. nimmt die Schwellung weiter zu; Patient klagt darüber, daß er die Zähne kaum auseinander bringen könne; ferner klagt er über Halsschmerzen, besonders die linke Halsseite schmerzt auf Druck bis herab zur Clavicula. Im Eiter wurde Staphylococcus aureus in Reinkultur gefunden. Am 25. 12. ist der Zustand des Patienten sehr ernst; die Temperatur ist weiter auf 41° gestiegen. Operation in Chloroformnarkose: Es wird die Oberlippe und auch die Unterlippe in Richtung der Wange hin weitergespalten und ein Teil der Wangenhaut mit dem Mundwinkel exzidiert, es zeigt sich hier phlegmonöse Entzündung im ganzen Bereiche. Nunmehr wird ausgedehnt mit dem Thermokauter gearbeitet und das Gewebe verschorft. Nach Unterbindung der spritzenden Gefäße wird tamponiert. Die Schwellung am Halse wird am Sternocleidomastoideus eröffnet. Nach Durchtrennung der oberflächlichen Fascien findet sich seröse, ödematöse Flüssigkeit, aber kein Eiter. Tampon. Verband. Der Zustand des Kranken ist weiterhin ernst. Schluckbeschwerden nehmen zu, das Atmen ist weiterhin sehr schwierig. Gegen 2 Uhr nachts verschlechtert sich der Puls zusehends; trotz Herzexzitantien bessert er sich nicht. Am 26. 12. ist der Puls weich und frequent;

kurz vor 1 Uhr morgens ist er kaum noch fühlbar, bis um 1 Uhr der Exitus letalis eintritt. Die letztgemessene Temperatur betrug 41°, Puls 140. Nach der ersten Operation wurden Kamillenumschläge gemacht.

Fall 2. H. L., 9 Jahre alt. Aufgenommen am 12. 11. Patientin hatte schon vor 14 Tagen eine kleine Eiterblase an der Oberlippe. Dr. X drückte den Eiter aus, und es trat rasch Heilung ein. Am 3. 11. fand sich wieder eine Schwellung an der Oberlippe und eine Eiterblase in der Nähe des rechten Nasenlochs. Wiederum drückte Dr. X den Eiter aus. Am 4. 11. entwickelte sich eine starke Rötung der rechten Wange, die scharf umschrieben war und am 5. 11. bis über das Ohr hinausreichte. Herr Dr. X hielt diese Erkrankung für Erysipel, da gleichzeitig hohes Fieber bestand, und verordnete feuchte Umschläge. Am 6. 12. ging die Rötung wieder zurück, am 7. 11. morgens war scheinbar eine wesentliche Besserung eingetreten, am 8. 11. morgens dagegen eine wesentliche Verschlimmerung. Deshalb wurde jetzt Herr Prof. G. hinzugezogen. Bei der Konsultation ergab sich folgender Befund: Bei dem mageren, hochfiebernden Kind (39,8°, Puls 140) finden sich an der Oberlippe zwei reife Furunkel, einer dicht am Lippenrot, klein; einer nahe dem rechten Nasenloch, der zur Zeit deutlich abszediert, die Wange ist recht geschwollen, und man fühlt deutlich einen druckempfindlichen Strang schräg in der Wange, nach dem unteren Augenlid hin aufsteigend. Die Augenlider sind ödematös, es besteht geringe Chemosis conjunktive. Es erfolgt sogleich eine Inzision der beiden Oberlippenfurunkel und des in der Wange fühlbaren Stranges, wobei sich Eiter entleert. Feuchter Verband, Stauung. Am 9. 11. morgens 38,8°, Puls 120. Das Lidödem ist nicht stärker geworden. Puls kräftig, regelmäßig, Temperatur abends 39,1°. Am 10. 11. Temperatur 39,6°, Puls 132, Lidödem und Chemosis haben zugenommen. Deshalb zweite Operation in Aethernarkose. Inzision: Erstens Mitte der Nase, kein Eiter. Zweitens unterer Lidrand bis in die Orbita, kein Eiter. Drittens oberer Lidrand, auch bis in die Orbita, kein Eiter. Diagnose: Thrombose des Sinus cavernosus. Abds. Puls 140, Temperatur 40,5°. Am 11. 11. Temperatur 40,2, Puls 126. Dritte Operation. Unterbindung der Vena jugularis interna und Freilegung des Sinus transversus rechts. Am 12. 11. Verbandwechsel. Im Sinus transversus flüssiges Blut. Es wird beschlossen, den Versuch zu machen, den Sinus cavernosus freizulegen. 1 Uhr mittags Ligitur der linken jugularis interna. Freilegung des Ganglion gasseri nach Cushing, mit Kocherschem Temporalschnitt. Dabei wird bei Ablösung der Dura vom Ganglion die Dura mater eingerissen; deshalb Tamponade, um Meningitis zu vermeiden. Abends Puls 144, Temperatur 40,6°. Das Befinden ist insofern trotz der hohen Temperatur zufriedenstellend, als die Pat. bald wieder er-

wacht und reichlich trinkt. Beim Verbandwechsel, am 13. 11., nach Eingießen von Kampferöl in die Wunde, wird in Aethernarkose nach Durchtrennung des zweiten Astes des Trigeminus mit dem Elevatorium der Sinus cavernosus eröffnet. Es tritt sofort eine profuse Blutung auf, die durch Tamponade rasch gestillt wird. Das entleerte Blut gerinnt sehr schnell und ist sehr dunkel. Mittags 39,9°, abends 40,6°, aber Bewußtsein nicht getrübt. Pat. hat bereits mittags wieder zu trinken begonnen. 11 Uhr abds. 39,6°, Puls 132. Am 14. 11., morgens 3 Uhr, Verschlechterung, unruhig, benommen, Temperatur 42°, Puls 160; morgens 6 Uhr Exitus. Thrombophlebitis venae facialis et ophthalmicae et sinus cavernosi purulenta.

Fall 3. B. B., 60 Jahre alt. Aufgenommen am 2. 2. Pat. steht im 70. Lebensjahr, hat keine besonderen Krankheiten durchgemacht bis auf eine Staroperation vor 10 Jahren. Vor zwei Tagen trat bei dem Pat. unter dem rechten Nasenflügel ein Pustel auf, darauf hin schwoll die Oberlippe an, und es zog sich die Schwellung nach dem linken Auge. Am 2. 2. Operation in kurzer Chloraethyl-Aethernarkose. Es wird die Lippe gespalten, und die Haut nach oben und unten unterminiert. Es finden sich überall kleine, stecknadelkopf- bis erbsengroße, eitrige Pfröpfe. Zugleich wird links der Schnitt weitergeführt bis unterhalb des linken Augenlides längs der Nase. Auch hier dieselben Pfröpfe. Feuchter Verband, Aolaninjektion. Am 3. 2. morgens Temperatur 39,0°, abends 38,7°. Pat. bekommt eine Aolaninjektion. Befinden nicht besonders. Am 5. 2. morgens Temperatur 38,8°, abends 40,4. Temperatur- und Pulskurve kreuzen sich. Es wird eine Nachoperation gemacht und noch mehr Gewebe inzidiert. Aolan. Am 7. 2. morgens Temperatur 38,8°, abends 40,8°. Pat. stirbt nachts 1 Uhr.

Fall 4. P. St., 28 Jahre alt. Pat. sonst gesund, neigt aber sehr zu Anginen. Am 6. 11. Schmerzen an der Oberlippe, erhöhte Temperatur. Die Lippe schwillt stark an, und ist gerötet. Der entzündete Bereich ist auf Druck äußerst schmerzhaft. Die regionären Drüsen sind stark geschwollen. Pat. erhält Kamillenumschläge auf die entzündete Oberlippe und zwei Stapharinjektionen. Am 12. 11. ist die Entzündung abgeklungen, die Pat. wird entlassen.

Fall 5. O. B., 32 Jahre alt. Pat. erkrankte vor 8 Tagen am 8. 10. mit einem kleinen Pickel an der Oberlippe in der Gegend des linken Mundwinkels. Die Umgebung rötete sich. Zunächst wurden feuchte Umschläge verordnet. Am 13. 10. Inzision, aber trotzdem Zunahme der Rötung und Schwellung, weshalb am 14. derselbe Schnitt erweitert wurde. Am 15. 10. vollständige Schwellung der Oberlippe, nochmalige Inzision. Dränage; keine Besserung. Fieber soll nicht vorhanden gewesen sein. Aufnahme ins Krankenhaus. Oberlippe sehr stark geschwollen, die Umgebung auch ödematös, leichtes

Oedem beider Lider. Kleine Eiterherde multipel zerstreut an der Oberfläche der Lippe. Temperatur 39,2°. Sofortige Operation in Aethernarkose, indem durch einen Frontalschnitt die ganze Lippe aufgeklappt und in zwei Hälften geteilt wird. Nach links mündet der Schnitt in die erste Inzision, die dann nach schräg oben verlängert wird. Tamponade mit Jodoformgaze. Täglich zweimal stündlich Verbandwechsel (feucht). Stauung 22 Stunden. Verlauf: Unter feuchten Verbänden und Stauung läßt die Temperatur nach, ist am dritten Tag abends bereits normal. Heilung der Wunde weiter per granulationem. Entlassen am 19. 10. Wunde nahezu ohne Defekt geheilt. Argentum nitricum Salbe, Heftpflasterverband.

Fall 6. P. K., 62 Jahre alt. Pat. ist viel krank gewesen, hat Lungen- u. Rippenfellentzündung gehabt, Haemorrhoidenoperation, chronische Nasenverstopfung und chronische Nasenschleimhautentzündung. Vor 14 Tagen bekam Pat. eine Pieke an der Oberlippe, die sich bald verschlimmerte. Inzision und nach einigen Tagen Exzision der erkrankten Partien. Bei Aufnahme am 1. 9. Oberlippe stark geschwollen und infiltriert. Ueber die Nasenrille wegziehend eine schräg gestellte von rechts oben nach links unten ziehende, leicht eitrig belegte, flache Wundfläche mit einigen losen Eiterpfröpfen. Feuchter Verband. Am 2. 9. Verbandwechsel; die Wunde reinigt sich; wiederum feuchter Verband. Nachdem am 3. 9. die Reinigung der Wunde erfolgt ist, Salbenverband. Am 4. 9. wird Pat. entlassen. Temperatur und Puls waren immer normal.

Fall 7. O. E., 35 Jahre alt. Pat. ist nie ernstlich krank gewesen. Am 2. 2. erlitt er eine kleine Hautabschürfung an der Oberlippe. Die Wunde heilte nicht; Oberlippe schwoll an und die Schwellung griff auf die ganze linke Wange und das linke untere Augenlid über, bretthart infiltriert. Am 6. 2. Operation in Chloraethyl-Aethernarkose: Es wird ein Teil der infiltrierten Oberlippe der linken Seite exzidiert und der Schnitt nach oben links erweitert. Hier finden sich erbsengroße eitrige Pfröpfe. Ausgiebige Tamponade, steriler Verband. Auf feuchte Verbände hin geht die Schwellung ziemlich bald wieder zurück, ebenso das Lidödem. Am 8. 2. Temperatur noch etwas erhöht 37,8°. Befinden gut. Verlauf der Krankheit jetzt fieberfrei. Unter täglichem Verbandwechsel heilt die Wunde gut. Am 12. 2. wird Pat. in Heilung entlassen.

Fall 8. F. H., 35 Jahre alt. Am 21. 12., nachdem sich vorher ein kleines Bläschen an dem linken Mundwinkel gezeigt hatte, ist die linke Wange stark geschwollen, Auge kann nur wenig geöffnet werden, besonders ist das Oberlid geschwollen. Die Oberlippe zeigt am linken Mundwinkel einen kleinhaselnußgroßen Furunkel mit eitrigem Belag des Lippenrots. Schwellung geht bis zum inneren Augenwinkel an der linken

Nasenseite längs, mit Druckempfindlichkeit. Regionäre Drüsen angeschwollen. Therapie: Stauung, feuchte Kamillenumschläge. Am 23. 12. ist der Höhepunkt der Schwellung erreicht. Am 25. 12. ist Druckempfindlichkeit im Verlaufe der Vena nasolabialis noch dieselbe. Am 28. 12. Auge fast völlig geöffnet, starke Eitersekretion, Allgemeinbefinden gut. Am 31. 12. abgeheilt bis auf eine kleine granulierende Wunde an der Stelle des Furunkels. Pat. wird entlassen.

Fall 9. J. B., Alter unbekannt. Am 5. 3. bemerkte Pat. an beiden Seiten der Oberlippe je eine kleine Eiterpustel. Rechts heilt sie sehr schnell ab, während sie links allmählich größer und größer wird. Am 12. 3. erfolgt Aufnahme mit einer Temperatur von 39°. Die Oberlippe ist rüsselartig aufgetrieben. Therapie: Stauung, Saugbehandlung, täglich Verbandwechsel. Fieber fällt allmählich, Schwellung nimmt ab. Am 19. 3. darf Pat. aufstehen, es entleeren sich große Mengen von Eiter. Am 24. 3. entleert sich kein Eiter mehr, Pat. wird entlassen.

Roedelius sagt: „Jeder Lippenfurunkel muß als chirurgischer Fall aufgefaßt werden und ist in chirurgischen Händen am besten aufgehoben".

Sowohl die konservative als auch die chirurgische Behandlung haben Vorzüge aufzuweisen, beide können Heilung bringen; zu welcher Behandlungsart der Chirurg greifen muß, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Ganz allgemein wird man sagen müssen: Konservative Behandlung überall da, wo sich noch keine Anzeichen von Malignität bemerkbar machen, aktive Behandlung, sobald Verdacht auf Komplikationen des Prozesses vorliegt. In keinem Fall darf man durch Kratzen oder „Ausdrücken" behandelnd eingreifen und dadurch eine „Förderung" des Heilprozesses erwarten, ganz besonders nicht dann, wenn eine Infektion im Gesichtsbereich vorliegt. Gerade hier: Nicht unterschätzen, folgerichtig und zielbewußt behandeln.

Literatur.

Greve . . .	D. M. f. Zhlk., Jg. 41, S. 419.
Wettstein .	Bruns Beiträge, 49.
Winiwarter	D. Chir. 1892, 23, S. 191.
Guerin . .	Ztbtt. f. Chir. 1876, S. 1710.
Bier. . . .	Mü. M. W. 1905, Nr. 5, S. 201.
—	Hyperaem. a. Heilm., Leipz. 104.
Klemperer.	N. D. Kl., Bd. 3, S. 524 ff.
Garrè . . .	Frtschr. d. Md. 1885, Nr. 3.
Roedelius .	Derm. W., Bd. 78, S. 37.
—	K. W. 1923, Jg. 52, S. 2348.
—	A. f. kl. Chir. 1905, 77.
Seiffert . .	Chir. d. Kpf. u. Halses.
Lexer . . .	Allg. Chir., Bd. I.
—	Handb. d. prakt. Chir. v. Garrè, Küttner und Lexer, Bd. I.
Morian . .	D. Ztschr. f. Chir. 1925, Bd. 193.
Läwen. . .	Zbl. f. Chir. 1922, Nr. 25.
—	Zbl. f. Chir. 1923, Nr. 26, 39.
—	Zbl. f. Chir. 1924, Nr. 38.
—	Zbl. f. Chir. 1927, Nr. 15.
Unna . . .	D. M. W. 1921, S. 1251.
Rosenbach	A. f. kl. Chir., Bd. 77, S. 715.
Dold . . .	Mü. M. W. 1932, S. 1069.

Lebenslauf.

Am 10. August 1907 zu Schmalleningken im Memelgebiet als Sohn des Dentisten Willi Neumann geboren, besuchte ich zunächst die dortige Volksschule. Ostern 1919 kam ich auf das Realgymnasium in Tilsit und ein Jahr später auf das Real-Reform-Gymnasium in Rastenburg (Ostpr.), wo ich am 27. Februar 1929 das Zeugnis der Reife erhielt. Ich widmete mich nun dem Studium der Zahnheilkunde, zunächst in Wien, dann in Königsberg i. Pr., wo ich auch die zahnärztliche Vorprüfung bestand. Seit dem 31. Oktbr. 1931 bin ich bei der Universität Kiel inscribiert. Mein zahnärztliches Staatsexamen bestand ich am 8. Dezember 1932.